

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**

Họ và tên trẻ: ..... Ngày sinh trẻ: ...../...../..... Nam  Nữ .

Số CCCD/CMT/Hộ chiếu (nếu có): .....Số điện thoại trẻ: .....

**Đơn vị công tác/nơi học tập:** Trường THCS Lương Định Của

Địa chỉ liên hệ: .....

**Họ tên bố/mẹ/ người giám hộ:**..... **Mối quan hệ:**.....**Số điện thoại:**.....

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19:  Chưa tiêm

Đã tiêm, loại vắc xin: .....Ngày tiêm:...../...../2021.

I. Sàng lọc	Không	Có
Thân nhiệt:..... °C Mạch: ..... lần/phút		
1. Tiền sử rõ ràng phản vệ với vắc xin phòng COVID-19 lần trước hoặc các thành phần của vắc xin phòng COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nghe tim, phổi bất thường <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ghi rõ tác nhân dị ứng:.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Các chống chỉ định.trì hoãn khác <sup>ii</sup> (nếu có, ghi rõ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II. Kết luận**

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay**   
*(Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường và KHÔNG có chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất)*
  - Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại   
*(Khi CÓ điểm bất thường tại mục 1)*
  - Trì hoãn tiêm chủng   
*(Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2)*
  - Nhóm thận trọng khi tiêm chủng   
*(Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3,4)*
  - Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện   
*(Khi CÓ bất thường tại mục 5, 6, 7)*
- Đề nghị chuyển đến:.....  
 Lý do: .....

Thời gian.....giờ.....phút  
 Ngày.....tháng.....năm 2021  
**Người thực hiện sàng lọc**  
 (ký, ghi rõ họ và tên)

Thời gian tiêm: ..... giờ.....phút ngày...../...../2021

Tên vắc xin: .....

**III. Thăm khám sau tiêm ..... phút.**

- Tại vị trí tiêm: .....

- Tổng trạng: .....

Thời gian về: .....giờ ..... phút

Ngày: ...../...../2021

**Đã được hướng dẫn theo dõi sau tiêm, (ký):**  
 .....

<sup>i</sup>Chỉ định tiêm tại bệnh viện nếu đánh giá tình trạng hiện tại không có chỉ định cấp cứu.

<sup>ii</sup>Các trường hợp chống chỉ định/trì hoãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với loại vắc xin COVID-19 sử dụng hoặc phát hiện có các yếu tố bất thường khác.

## PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 cần thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng, chống dịch COVID-19.
2. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân như sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ...hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng.
3. Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

Đồng ý cho trẻ tiêm chủng  Không đồng ý cho trẻ tiêm chủng

Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ:.....

Số điện thoại: .....

Họ và tên trẻ được tiêm chủng: .....

TPHCM, ngày.....tháng.....năm 2021

Cha/mẹ hoặc người giám hộ

*(Ký, ghi rõ họ tên)*